

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1895, à 1 heure

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Et de l'emploi du sublimé

Dans les affections chroniques des Voies lacrymales

Par M. Victor A. LEFÈVRE

Né à Parly (Yonne) le 12 octobre 1850

Président : M. LE DENTU.

*Juges : MM. { POLAILLON, professeur.
QUENU et MARFAN, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR-LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1895, à 1 heure

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Et de l'emploi du sublimé

Dans les affections chroniques des voies Lacrymales

Par M. Victor A. LEFEVRE

Né à Parly (Yonne) le 12 octobre 1850

Président : M. LE DENTU.

Juges : MM. { POLAILLON, professeur.
QUENU et MARFAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

PAUL DELMAR

IMPRIMEUR-LIBRAIRE

29, Rue des Boulangers, 29

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE.
		STRAUS.
Clinique médicale		G. S. E.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphili-		
tiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUD.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTIER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

Des maîtres qui ont guidé nos premiers pas dans les
sciences médicales.

MM. les Professeurs LASSÈGUE et DAMASCHINO

A notre ami le Dr GILLET de GRANDMONT

A nos excellents maîtres dans les hôpitaux.

M. le Professeur PANAS

MM. les Docteurs EMPIS, MARC SÉE, BRISSAUD.

JALAGUIER et RICHELOT

A notre Président de thèse

MONSIEUR le PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous remercions tous nos maîtres et bienveillants confrères
qui nous ont aidé dans notre travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

Que nous avons suivi pendant trois années consécutives
dans son service à l'Hôtel-Dieu

Au Regretté Docteur GILLET de GRANDMONT.

Qui fut pour nous, non seulement un maître bienveillant,
mais encore un ami sincère.

MM. LES DOCTEURS :

NAUDET, CROUZET, OLIVIER et Abel POULET,
pour le concours dévoué
dont ils ont fait preuve à notre égard.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON NEVEU

A MA FAMILLE

A MES AMIS ET COLLÈGUES.

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER

Nous n'avons pas la prétention d'aborder un sujet nouveau. Tous nos chirurgiens des Hôpitaux et nos grands maîtres en Ophtalmologie ont traité la question.

Tous arrivent au même résultat, la guérison, qu'ils obtiennent par des traitements différents : médicaux ou chirurgicaux.

Depuis seize années que nous nous occupons d'ophtalmologie, soit comme élève du Professeur Panas, soit comme chef de clinique de notre maître et ami le docteur Gillet de Grandmont, soit enfin comme directeur d'un dispensaire gratuit, pour enfants jusqu'à l'âge de quinze ans, chargé spécialement du service des maladies des yeux ; il nous a été donné de faire de nombreuses observations et d'en tirer les conclusions qui font l'objet de ce travail.

Ce dispensaire est situé dans un quartier populeux, par conséquent dans un quartier où l'élément pauvre domine ; notre clientèle ordinaire se compose de rachitiques et de tuberculeux qui offrent un terrain bien préparé pour l'évolution de la dacryocystite.

Nous vous livrons nos conclusions et nos observations sans prétention et avec la bonne foi d'un praticien qui a cherché à abréger la durée d'un traitement long et douloureux.

Avant d'aborder l'histoire de la maladie, nous croyons qu'il est nécessaire de dire quelques mots de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil excréteur des larmes — aussi diviserons-nous ce travail en cinq parties :

1° Considérations générales sur l'anatomie et la physiologie.

2° Histoire de la maladie.

3° Traitement.

4° Observations.

5° Conclusions.

CHAPITRE II

Considérations générales sur l'Anatomie et la Physiologie de l'appareil Lacrymo-nasal

Les organes excréteurs des larmes se composent de quatre parties :

- 1° Les points lacrymaux.
- 2° Les canalicules lacrymaux.
- 3° Le sac lacrymal.
- 4° Le canal nasal.

Points lacrymaux. — Ils sont situés à quatre millimètres environ de la commissure interne, sur les bords libres des paupières. Chacun d'eux est placé au sommet d'un petit tubercule. Ils sont tournés vers le globe de l'œil, l'inférieur est un peu en dehors — (Tillaux).

D'après le Professeur Richet, chaque point lacrymal est pourvu d'un anneau cartilagineux auquel s'attache le mus-

cle de Horner, ou fibres musculaires dépendant de l'orbiculaire, et destiné aux fonctions physiologiques des points lacrymaux.

Canalicules lacrymaux (conduits). — Ils font suite au point lacrymal, ont une longueur de huit millimètres environ ; se dirigent d'abord verticalement de haut en bas (1 millimètre) puis suivent le bord palpébral et se réunissent dans un canal commun qui s'ouvre dans le sac.

Les fibres de l'orbiculaire recouvrent les parois des canalicules lacrymaux surtout au niveau de l'ouverture du sac, où elles forment un véritable sphincter, qui par sa contractilité peut amener un notable rétrécissement et s'opposer ainsi à l'écoulement des larmes.

Sac lacrymal. — C'est une sorte d'ampoule à grand diamètre vertical, plus large à son extrémité supérieure qu'à son extrémité inférieure, qui reçoit le tronc commun des canalicules lacrymaux.

Il est dirigé obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et se continue avec le canal nasal.

Il est logé dans une gouttière osseuse de même forme, située sur le bord interne de l'orbite. Cette gouttière appartient au maxillaire et est limitée par deux crêtes verticales ; l'antérieure qui appartient à la branche montante du maxillaire ; la postérieure qui appartient à l'os unguis.

En avant le tendon direct de l'orbiculaire croise et comprime le sac ; en arrière le plan qui le retient est très résistant, il comprend le tendon réfléchi de l'orbiculaire avec le muscle de Horner, enfin la partie postérieure est limitée par l'aileron interne de l'aponévrose qui se confond avec le périoste au niveau de la crête de l'unguis.

Canal nasal. — Conduit osseux qui fait suite au sac lacrymal. Il est constitué en avant par l'apophyse montante du maxillaire, en arrière par l'os unguis et à sa partie inférieure par le crochet du cornet inférieur. Du côté externe une cloison très mince le sépare du sinus maxillaire.

Physiologie. — Depuis plusieurs années déjà, les physiologistes ont fait des recherches sur la sécrétion et l'excrétion physiologique des larmes.

Il en est résulté que cette sécrétion est placée sous la dépendance du nerf lacrymal et aussi de la portion sous-cutanée du nerf molaire, que les filets sécréteurs de ce nerf ne sont point fournis par le trijumeau (Abadie).

Les larmes sont donc sécrétées par la glande lacrymale ; sept ou huit canaux excréteurs la versent dans le cul de sac supérieur de la conjonctive près de la commissure externe. De là elles imprègnent toute la surface libre du globe ; elles se dirigent vers l'angle interne de l'œil, entraî-

nant les poussières qui peuvent se trouver à la surface du globe.

Elles pénètrent les points lacrymaux et les canalicules par aspiration du sac. Le liquide se trouve entraîné par la pesanteur à la partie inférieure du sac, pénètre dans le canal nasal par capillarité et se répand à la surface de la muqueuse nasale, où il est transformé en vapeur d'eau par le courant respiratoire.

CHAPITRE III

Histoire de la Maladie

Causes principales

Les causes de cette affection sont très nombreuses, et nous pouvons ajouter que, dans la généralité des cas, la dacryocystite est la conséquence du mauvais état des conduits excréteurs des larmes.

Nous devons signaler : 1° La déviation des points lacrymaux qui se produit par une traction s'exerçant d'arrière en avant et de haut en bas par rétraction des téguments externes, ou par suite d'eczéma, d'ectropion ou de blepharocconjunctivite :

2° La déviation des canalicules lacrymaux par suite de gonflement de la muqueuse, de la caroncule et de la conjonctive qui tapisse l'extrémité interne des fibro-cartilages,

ou encore par le développement de petites tumeurs au voisinage des points lacrymaux.

3° Le déplacement du globe en arrière causé par l'entropion. Les points lacrymaux finissent par ne plus baigner dans le lac lacrymal, ou sont comprimés par le globe lui-même.

Oblitération des points lacrymaux. — Cette oblitération est souvent occasionnée par la rétraction du derme, consécutive à la blépharite-ciliaire, à l'eczéma des paupières.

Les brûlures, les plaies, les ulcérations tuberculeuses ou spécifiques, les fistules, les ophtalmies granuleuses à l'état chronique constituent une cause spéciale d'engorgement par propagation inflammatoire.

Ces différentes affections peuvent amener l'obstruction complète des canalicules lacrymaux sur une partie de leur trajet ou sur leur trajet tout entier.

Nous devons signaler, quoique le cas soit beaucoup plus rare, la présence de corps étrangers dans les conduits, ou, comme le signale Colnheim, la présence de concrétions calcaires dans les canalicules.

Il existe aussi des anomalies congénitales des points lacrymaux, l'absence même de ces orifices qui coïncident généralement avec celle de la glande comme dans l'anoph-

talmie et la cyclopie ou même la présence de points lacrymaux et de canalicules supplémentaires.

Blennorrhée du sac lacrymal et du canal lacrymo-nasal.

— L'inflammation des voies lacrymales se développe sous l'action de causes multiples.

Un grand nombre de ces malades ne sont que légèrement incommodés par cette affection, mais à mesure que l'évacuation devient difficile ou même impossible, les sécrétions physiologiques s'accumulent avec les larmes dans le sac lacrymal sans trouver une issue suffisante.

De là irritation lente qui se transforme par la décomposition de la sécrétion en une inflammation du sac appelée dacryocystite ou tumeur lacrymale.

Cette affection peut se présenter sous deux formes : aiguë ou chronique. Aiguë ou phlegmon du sac. Chronique ou catarrhe du sac.

Catarrhe du sac et des voies lacrymales. — Le catarrhe du sac, très fréquent, s'observe toujours à la suite d'un rétrécissement ou d'une oblitération du canal nasal et très rarement par propagation d'un état inflammatoire des conjonctives palpébrales.

Symptomatologie. — Les malades accusent d'abord un larmoiement intermittent qui apparaît bien avant l'état inflammatoire. Ils sont surtout incommodés par les temps pluvieux, le vent, la lumière artificielle et lorsque les yeux sont

exposés au froid. Le travail devient difficile au soleil et au gaz : l'œil est irrité au réveil, principalement à la partie interne.

Très souvent les points lacrymaux ne présente rien d'anormal. Par la pression au niveau de l'angle interne de l'œil on fait refluer, généralement vers le point supérieur, un liquide louche composé de larmes et de cellules épithéliales ; souvent même il se produit un bruit de clapotement dû à la sortie de l'air qui a pénétré dans le sac par suite de distension des canaux.

Les choses peuvent se maintenir dans cet état très longtemps, pendant des années même et le malade s'habitue à vider son sac lacrymal soit par les points lacrymaux, soit par le canal nasal, en exerçant une légère pression avec l'extrémité du doigt.

Il arrive fréquemment que les points lacrymaux et le canal nasal sont complètement oblitérés. Le liquide s'accumule dans le sac, s'épaissit de plus en plus en se mélangeant aux produits de désagrégation. La surface interne du sac s'hypertrophie, se distend et revêt la forme d'une tumeur ayant de grandes analogies avec le kyste (mucocèle).

La narine correspondante est sèche, des croûtes se forment sur la muqueuse nasale. Les larmes coulent sur la joue. Au bout d'un certain temps très variable du reste,

de mois, d'années même, il survient tout-à-coup une inflammation assez vive qui constitue la dacryocystite aiguë ou phlegmon du sac.

Phlegmon du sac

Cette forme de la dacryocystite survient presque toujours à la suite de l'engorgement des canaux excréteurs. Cependant nous signalerons dans une observation un cas spontané, en dehors de toute lésion apparente, que nous avons attribué à une nécrose d'origine scrofuleuse ou à la syphilis héréditaire.

Symptomatologie. — Au début le malade accuse une douleur vive dans l'angle interne de l'œil, avec sensation de chaleur. L'inflammation s'étend rapidement aux caroncules et à la conjonctive. Dans les vingt-quatre heures une tuméfaction considérable se produit dans la région du sac : le ligament oculo-palpébral est distendu par l'œdème, qui gagne de proche en proche les paupières et la joue. La peau est luisante, chaude et tendue.

Le malade accuse des frissons, la température s'élève, le diagnostic différentiel commence à présenter de réelles

difficultés : ce phlegmon du sac a quelque analogie avec un érysipèle de la face, mais l'interrogatoire du malade nous met immédiatement sur la voie.

Bientôt on aperçoit un ou plusieurs points blanchâtres sur la peau, au niveau du sac. La peau s'amincit et le pus s'échappe au dehors par une ouverture qui, dans quelques jours va constituer un trajet fistuleux plus ou moins régulier, on lui donnera alors le nom de fistule lacrymale.

Dans les phlegmons du sac les complications (abcès des tissus environnants) sont très rares ; certains Ophtalmologistes en ont cependant cité quelques cas chez des sujets scrofuleux ou syphilitiques.

CHAPITRE IV

T R A I T E M E N T

Il serait oiseux d'énumérer ici les méthodes et les procédés sans nombre qui remplissent les traités de Chirurgie oculaire depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Tous les ophtalmologistes reconnaissent que les Cliniques et les cabinets de consultation sont encombrés par les malades atteints d'affections des voies lacrymales.

Que de temps perdu, que d'ennuis pour de pauvres ouvriers et surtout combien, devant les lenteurs de la guérison, abandonneront leur traitement, préférant conserver une infirmité qui augmente la difficulté de leurs travaux.

Frappés par cet état de choses, nous avons cherché à abréger ce traitement par un procédé radical, procédé qui nous a donné de réels résultats.

Les confrères qui nous ont assisté dans nos tentatives et qui nous ont prêté leur précieux concours : les docteurs Naudet, de Paris ; Crouzet, oculiste à Nîmes ; Olivier, médecin militaire, qui ont adopté notre méthode, ont reconnu que, malgré les hésitations que nous éprouvons vis à vis des malades et les ennuis que comporte le manuel opératoire, et d'autre part les scrupules souvent exagérés d'un grand nombre d'ophtalmologues, il est plus rationnel de tenter ce que nous appellerons la cure radicale de la dacryocystite.

Tous nos grands ophtalmologistes ont abordé cette question de grattage du sac, curettage, etc. Cautérisation ignée, etc. ; sans parler des méthodes cliniques, cathétérisme progressif ; injections détersives et ablation totale du sac.

Notre illustre maître, le professeur Tillaux, a traité longuement cette question dans ses Cliniques et nous a fait une description magistrale du manuel opératoire.

Après avoir fait l'anatomie de la région et fixé les points de repère, il s'exprime ainsi : « Le chirurgien se basera sur les trois données suivantes, le relief du tendon de l'orbiculaire, la crête antérieure de la gouttière lacrymale, l'obliquité en bas, en arrière et en dehors du canal ; il fera saillir le tendon par un aide, portera l'indicateur gauche sur le rebord de l'orbite de façon à sentir la crête osseuse en-

tre l'ongle et la pulpe du doigt et tenant de la main droite le bistouri, ponctionnera au-dessous du tendon en suivant la surface unguéale, et dans la direction indiquée, le dos du bistouri tourné vers le nez.

Le sac étant ouvert, il faut en écarter les parois avec deux stylets recourbés, ou, mieux, avec le spéculum de Magne construit dans ce but, afin de protéger les bords de la plaie contre l'effet des caustiques, surtout si l'on se sert d'un caustique liquide. »

Nous ne pouvions puiser à meilleure source le manuel opératoire et nous en appliquons les principes rigoureusement.

Le caustique que nous employons est le sublimé au $1/100^{\text{mm}}$. Nous imbibons dans cette solution un très petit tampon de coton hydrophile, monté sur une tige, et nous avons soin de toucher toute la surface muqueuse du sac ; nous laissons à demeure pendant quelques secondes, aussitôt après, une injection de bichlorure de mercure au $1/2000$ est pratiquée par les canalicules et par le canal nasal et une sonde de Bowman n° 2 est introduite dans ce même canal.

Une mèche de gaz antiseptique est placée dans le sac, ensuite nous appliquons un pansement légèrement compressif sur la région.

Le lendemain, même pansement avec injection et cathé-

térisme du canal nasal, nous continuons pendant 5 jours environ. La mèche de gaz est supprimée et la plaie se cicatrise généralement dans les huit à dix jours qui suivent l'opération.

Après ce laps de temps, le malade peut vaquer à ses occupations, mais comme traitement post opératoire nous faisons pratiquer des injections nasales très chaudes avec une solution d'eau boriquée à saturation (trois par jour).

Il est bien entendu que s'il existe des affections du voisinage, soit conjonctivite ou blépharite, ou des lésions osseuses qui sont quelquefois des causes occasionnelles de dacryocystite, nous avons soin de prescrire un traitement approprié, soit local, soit général.

Nous avons appliqué notre cure radicale non seulement aux observations qui précèdent, mais encore à toutes les affections anciennes des voies lacrymales ayant résisté à divers traitements sans donner de résultats satisfaisants.

Dans les cas aigus, c'est-à-dire chez les enfants atteints d'Impetigo, de Rhinite ou de Kerato-conjonctivite, affections qui dépendent toujours d'un état général défectueux, et, le plus souvent, de la syphilis héréditaire et du rachitisme, nous nous gardons bien d'intervenir.

Comme nous le mentionnons au début de ce travail, il s'agit ici seulement des larmoiements anciens, que la thérapéu-

tique n'a pu améliorer, parce que les organes vecteurs des larmes ne sont plus perméables.

Notre travail porte sur quarante-six observations de cure radicale qui nous ont donné trente-huit guérisons.

Deux sont morts de broncho-pneumonie, l'un le huitième jour après l'opération, l'autre le onzième. Quatre ne nous ont pas été ramenés à notre dispensaire après la suppression du pansement et deux autres envoyés à Berck-sur-mer.

Il ne faut donc pas augurer pour cela que ce sont autant d'insuccès. Nous n'avons aucun incident opératoire, aucune cicatrisation vicieuse à signaler.

Six semaines à deux mois suffisent pour faire disparaître toute trace cicatricielle.

OBSERVATION I (Personnelle)

Madame M., âgée de 28 ans, se présente à notre Dispensaire le 4 mars 1889.

La malade nous raconte que de 2 à 6 ans elle a toujours eu mal aux yeux ; qu'elle n'a jamais pu supporter la lumière, qu'elle est restée trois ans sans y voir et que les principaux oculistes de l'époque l'ont soignée.

Les parents que j'ai vus sont robustes et de parfaite santé : sa sœur et ses deux frères n'ont jamais fait de maladie. La

mère n'a jamais fait de fausses couches et n'a pas perdu d'enfants.

Elle-même est mère d'une petite fille de quatre ans parfaitement bien constituée.

A l'examen, il existe des taies des cornées, suite de Kératite parenchymateuse. Elle est myope et astigmat.

La malade nous raconte que depuis l'âge de 6 ans, elle a une fistule sur l'aile droite du nez par laquelle suinte constamment un liquide très clair. L'ouverture est à peine perceptible et la pression sur la région du sac nous l'a fait entrevoir.

Le point lacrymal est béant, et, en pressant sur la partie interne du nez et fermant le trajet fistuleux, on s'aperçoit que le trajet est libre.

En comprimant les canalicules et le point fistuleux, les larmes s'échappent par le canal nasal.

Une injection avec la seringue d'Anel nous confirme nos observations.

L'ouverture du point lacrymal avait été faite et le cathétérisme pratiqué pendant six mois par le canal nasal et les points lacrymaux supérieur et inférieur sans amener de résultats.

Nous pratiquons immédiatement une ouverture assez large du trajet fistuleux et, en explorant le sac, nous consta-

tons un grand nombre de brides cicatricielles que nous avons rompues à l'aide d'un stylet.

Dans la cavité un tampon de coton hydrophyle imbibé dans une solution de bichlorure d'hydrargyre au 1/100^e est laissé à demeure pendant quinze minutes. Nous introduisons ensuite une mince lamelle de gaz salolée dans le sac et nous terminons le pansement par de la gaze iodoformée et une légère compression.

6 mars. — La malade accuse une certaine gêne dans la narine correspondante. D'ailleurs, rien d'anormal extérieurement. Même pansement après avoir pratiqué une injection de sublimé au 1/2000^e par les canalicules.

9 mars. — Nous retirons la gaze. Nouvelle injection par les points lacrymaux.

Depuis l'intervention, la malade pratiquait elle-même de injections nasales avec une solution d'eau boriquée à saturation (trois par jour.)

14 mars. — La plaie est complètement cicatrisée et les injections avec la seringue d'Anel par les points lacrymaux suivent leur trajet normal.

Nous pratiquons encore des injections pendant douze jours et la malade ne paraît plus incommodée. Nous ne l'avons jamais perdue de vue depuis cette époque.

OBSERVATION II (Personnelle)

Le 6 avril 1889, une fillette de huit ans nous est amenée par le docteur Naudet de Paris ; l'enfant a du larmolement depuis l'âge de deux ans. Les causes sont inconnues et plusieurs traitements ont été institués par les médecins ordinaires de la famille et par des spécialistes sans donner de résultats.

La mère tient un kiosque de journaux sur le boulevard Voltaire et attribue le larmolement aux courants d'air.

La fillette n'a jamais fait de maladie proprement dite, mais a toujours été souffreteuse, comme dit la mère, et a été très difficile à élever.

Après simple examen, on remarque du côté droit du nez une voussure notable de la région.

Les paupières ne sont pas congestionnées et l'enfant n'a jamais eu mal aux yeux. Les muqueuses bulbaires et palpébrales sont pâles et légèrement hypertrophiées.

L'ouverture des points lacrymaux avait été faite et le cathétérisme pratiqué en dehors des voies naturelles.

Nous pratiquons l'ouverture du sac et, avec un stylet de Bowman, nous rétablissons le trajet par le canal nasal et le canal lacrymal.

Cautérisation du sac lacrymal et introduction d'une lamelle de gaze salolée.

8 avril. — Même pansement. Injection par les canalicules et le canal nasal.

11 avril. — Nous enlevons le pansement et nous nous contentons du pansement antiseptique avec compression.

Injections journalières avec la solution de Sublimé au 1/2000^e.

15 avril. — La cicatrisation de la plaie est complète et la mère remarque que l'enfant commence à se moucher par la narine correspondante.

Pendant 26 jours, les injections journalières sont continuées par les canalicules et le canal nasal et le larmolement diminue progressivement et vingt jours après la malade n'était plus en rien incommodée.

Pendant cette période, nous avons fait prendre à l'enfant deux cuillerées à dessert par jour de sirop de Gi bert sans indication certaine.

Nous avons toujours suivi la petite malade depuis cette époque. La guérison est complète et la voussure de la région a complètement disparu.

OBSERVATION III

*due à l'extrême bienveillance du docteur Olivier, médecin
major de deuxième classe*

Un artilleur, 21 ans, incorporé depuis six mois, se présente à notre visite, et accuse une acuité visuelle insuffisante de l'œil droit pour les exercices de tir. Il avait encouru deux punitions disciplinaires pour ce fait. Il prétendait aussi que par intervalle il était très incommodé dans les exercices d'équitation et que les manœuvres étaient rendues difficiles et parfois impossibles.

Mis en présence de l'échelle de Snellen la vision à distance était = 1 — La vision proche était normale.

Il distinguait parfaitement les couleurs, et il n'existait pas de diplopie.

L'examen ophtalmologique ne nous a rien révélé d'anormal. L'aspect du globe n'avait rien de particulier et le tonus était normal.

Les bords libres des paupières étaient légèrement hypertrophiés et il existait une légère conjonctive angulaire.

Le point lacrymal droit était béant et des larmes suintaient à la moindre pression sur le sac.

Le malade nous raconte alors que depuis six ans sa vision était diminuée et que l'exercice de son métier de mécani-

cien était devenu impossible. Il reconnaissait qu'après avoir essuyé son œil sa vision s'améliorait pour quelques instants.

A l'infirmerie, l'ouverture du point lacrymal est pratiquée avec le couteau boutonné de Weber, ainsi que le cathétérisme avec la sonde de Bowmann n° 4, sans amener de résultat.

15 juin. — Le malade est admis à l'hôpital et le lendemain nous pratiquons pour la première fois l'ouverture du sac, en nous conformant au manuel opératoire du professeur Tillaux.

La cautérisation fut pratiquée à l'aide de sublimé au 1/100.

Un tampon de coton hydrophile imbibé dans cette solution fut laissé à demeure pendant quinze minutes et remplacé par une lamelle de gaze salolée.

16 juin. — La dilatation est faite avec une sonde n° 2, même pansement.

17 juin. — Injection d'eau boricée par les canalicules lacrymaux.

18 et 19 juin. — Même pansement et injections.

20 juin. — Compression et pansement antiseptique laissé à demeure pendant 48 heures.

22 juin. — La cicatrisation est complète et les bords de

la plaie parfaitement réunis. A partir de ce jour le larmoie-
ment diminue et après treize jours pendant lesquels on pra-
tique des injections de sublimé au 1/2000 par les canali-
cules, le malade sort de l'hôpital et reprend son service.

Il n'a jamais été incommodé depuis.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Le nommé J., âgé de 49 ans, charretier, nous raconte qu'en 1883, il fit une chute de voiture et se fractura le nez sur le bord du trottoir. Il resta six jours en traitement à l'hôpital Saint-Louis et en sortit complètement guéri.

Ce n'est que trois mois après, dit-il, à la suite d'un érysipèle que son œil devint larmoyant.

Il conserva cette infirmité pendant trois années et se décida à demander des soins dans une Clinique.

On pratiqua l'ouverture des points lacrymaux et un second érysipèle lui fit abandonner tout traitement.

Nous le vîmes pour la première fois le 18 Janvier 1890. Le nez était dévié à droite et les larmes coulaient sur la joue gauche. Il existait une hémorrhagie ancienne du fond de l'œil qui avait réduit l'acuité visuelle à un tiers.

Nous hésitâmes à pratiquer l'ouverture du sac.

Un premier cathétérisme avec une sonde de Bowman

n° 1 ne put franchir le sac. Les injections par les canalicules étaient rendues impossibles.

Ce n'est que huit jours après que nous avons pratiqué l'ouverture du sac. Il était aplati dans sa partie inférieure et il nous fut très difficile d'introduire dans le canal nasal une sonde n° 1 qui a été laissée à demeure pendant 48 heures.

Nous fîmes des injections nasales rejetées avec une solution de sublimé au 1 2000^e et le troisième jour une sonde n° 3 pouvait être introduite sans difficulté.

Des injections antiseptiques pratiquées par le point lacrymal supérieur s'écoulaient par la plaie du sac.

Le cinquième jour, la sonde fut retirée et le même pansement appliqué.

Au bout de treize jours, la cicatrisation était complète et le malade constatait que les larmes s'écoulaient par la narine gauche.

Des injections ont été pratiquées pendant quinze jours, et un mois après, nous revîmes notre opéré complètement guéri.

Nous l'avons toujours suivi depuis cette époque.

OBSERVATION V (Personnelle)

Madame B... vint nous voir au mois de Septembre 1892.

Cette dame, âgée de 35 ans, présentait une tumeur du sac lacrymal gauche de la grosseur d'une noisette. La peau était distendue mais n'avait pas la couleur rouge ou violacée de l'inflammation aiguë du sac.

Au toucher on percevait une masse résistante et peu mobile ; à la pression la tumeur semblait s'effacer, elle descendait dans le canal nasal et se montrait à nouveau lorsque toute pression extérieure avait disparu.

Nous avons fait le diagnostic de Mucocèle du sac lacrymal.

La malade avait eu également une tumeur semblable à l'œil droit. L'ouverture du point lacrymal et le cathétérisme avaient été pratiqués un an avant qu'elle ne vint nous voir ; et cela sans amener une entière guérison. — Cet œil était toujours larmoyant et l'on obtenait une petite quantité de pus en exerçant une légère pression sur le sac.

Comme la malade refusait absolument un traitement semblable pour son œil gauche, nous l'avons opérée le 28 Septembre.

Après avoir mis le sac à nu par une incision oblique de dedans en dehors et de haut en bas, celui-ci fut ouvert avec

précaution, pour ménager le tendon de l'orbiculaire. — Les lèvres de la plaie et les parois du sac furent écartées avec des stylets recourbés.

Nous devons dire à notre confusion, que nous avons eu, un instant, l'intention de séparer par la dissection l'enveloppe du kyste, de la paroi du sac, mais que nous n'avons pu y réussir.

Cette enveloppe s'est perforée, un liquide incolore, de consistance légèrement sirupeuse, s'est échappé par la plaie.

Avec les ciseaux nous avons excisé quelques lambeaux de l'enveloppe kystique puis nous avons cautérisé avec une solution forte de sublimé corrosif (1/100).

Après avoir pratiqué une injection dans le canal nasal, avec la seringue d'Anel, nous avons suturé la partie supérieure de la plaie, et laissé à la partie déclive une mèche de gaz salolée à demeure, puis un pansement légèrement compressif.

2 Octobre. — Le pansement est levé, la plaie se cicatrise, le fil de la suture est enlevé, la mèche de gaze retirée et nous faisons un lavage du sac ainsi qu'une injection du canal nasal.

5 Octobre. — Nouveau pansement. — La plaie est en bonne voie de réparation, nouvelle injection du canal

lacrymo-nasal avec la seringue d'Anel, mais cette fois par les canalicules lacrymaux.

9 Octobre. — Légère conjonctivite que nous avons attribuée au traumatisme, guérison de la plaie.

11 Octobre. — Plus de larmoiement, guérison complète de l'œil gauche — cicatrice à peine visible.

Nous devons ajouter que nous avons continué, pour l'œil droit la dilatation avec les stylets de Bowman, que la guérison a été à peu près complète dans les six mois qui suivirent.

OBSERVATION VI

Donnée par le Docteur Crouzet de Nîmes.

Il s'agit d'une malade de 42 ans, syphilitique depuis 1881. Elle a été soignée à Paris, vers cette époque et a continué son traitement pendant plusieurs années à la campagne où elle s'est retirée.

Madame Charlotte X... vint trouver le Dr Crouzet le 19 Juin 1891. Depuis longtemps, dit-elle, son œil gauche est baigné de larmes, elle voit les objets à travers un épais brouillard. Elle vient le trouver surtout pour une tumeur qu'elle porte dans l'angle interne de l'œil, tumeur qui grossit de jour en jour.

M. Crouzet constate en effet une tumeur du sac lacrymal. L'épiderme est distendu, violacé, la fistule paraît menaçante. Il pratique immédiatement une ponction avec la seringue de Pravaz et retire du sac un liquide clair, couleur citrin. L'opération est remise au lendemain.

22 Juin. — La malade est chloroformée. — Par une incision oblique, le sac est ouvert, le liquide évacué est moins clair, plus chargé de débris épithéliaux que celui retiré la veille. Quelques fongosités sont enlevées à la curette ; puis un petit tampon d'ouate fixé à l'extrémité d'un stylet et imprégné de sublimé au 1/100 est promené dans le sac.

Le tissu, de rouge qu'il était, devient d'un blanc mat sous l'influence du caustique.

Une mèche de gaze iodoformée ainsi qu'une petite quantité de poudre d'iodoforme sont introduites dans le sac. Puis un pansement antiseptique et compressif est appliqué.

23 Juin. Vive sensation de cuisson ressentie par l'opérée dans la région du nez ; le pansement n'est pas renouvelé.

24. Juin. Aucune douleur, la malade est gaie, le pansement est levé, l'ouate est mouillée par les larmes, l'œil est un peu rouge. Lavage du sac au sublimé. Cathétérisme par la plaie, du canal nasal avec la sonde de Galezowski.

26 juin. Nouveau pansement, la conjonctive bulbaire n'est plus hyperhémée, aucune trace de pus. Une injection est pratiquée à l'aide de la seringue d'Anel par les canalicules lacrymaux, le liquide s'écoule par la plaie du sac. La mèche de gaze iodoformée est supprimée.

30 juin. La plaie est cicatrisée. Les larmes s'écoulent par les voies naturelles, mais l'œil est encore mouillé.

2 juillet même état.

6. Juillet. Grande amélioration, les larmes ne séjournent plus entre les paupières. La plaie complètement fermée et la cicatrice peu apparente. C'est la guérison.

M. Crouzet a revu la malade, qui n'a plus été incommodée.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Le 22 septembre dernier un enfant de neuf ans nous est adressé par le Dr Jeannin.

La mère s'était aperçue que son enfant dépérissait tous les jours, que l'appétit diminuait, que les nuits étaient agitées et qu'il portait fréquemment ses mains à sa tête.

La mère n'a aucune tare héréditaire, le père est mort à 37 ans de congestion cérébrale.

L'enfant n'avait jamais eu mal aux yeux. Un léger

chémosis et une notable difficulté à supporter la lumière nous a donné l'occasion de voir l'enfant.

Après examen. Conjonctivite de l'œil droit avec lymphangite de l'aile du nez.

A la pression, sur l'angle interne, le petit malade pousse des cris violents.

La peau était légèrement distendue et il existait deux petites vésicules de la région qui nous fit penser que nous étions en présence d'une tumeur subaiguë du sac lacrymal sans affection des canalicules et du canal nasal.

Le lendemain nous pratiquons l'ouverture et la cautérisation de la muqueuse du sac. Une grande quantité de pus a été évacué.

Nous découvrons alors une exostose manifeste de l'os unguis qui refoulait la paroi interne du sac.

Des injections furent pratiquées pendant cinq jours ainsi que des lavages de l'œil.

Le 3 octobre la réunion de la plaie était complète et l'enfant guéri.

La cause de cette dacryocystite nous est restée inconnue.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1°. Les affections de l'appareil excréteur des larmes sont toujours sous la dépendance d'un état général morbide, syphilis, tuberculose ; ou bien encore de lésions du voisinage, fractures, contusions, etc.

2°. Traitement local et général dans les cas aigus.

3°. Intervention dans les cas rebelles sans négliger le traitement des organes voisins susceptibles de contribuer à l'évolution de la maladie.

4°. Ouverture du sac et cautérisation de la muqueuse à l'aide d'une solution de bichlorure d'hydrargyre au 1/100 injections détersives et antiseptiques par les canalicules.

5°. Rendre perméable le canal nasal par l'introduction d'une sonde de Bowman et injection de sublimé au 1/2000 (trois par jour).

6°. Continuer les injections par les canalicules pendant quinze jours environ après l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages dans lesquels les affections chroniques des voies lacrymales ont été traitées, sont si nombreux que nous ne pouvons les mentionner tous dans notre bibliographie.

Nous signalerons donc les auteurs modernes qui ont abordé la question, et dont nous avons consulté les ouvrages pour l'élaboration de ce travail :

ABADIE. — Traité des maladies des yeux, T. II, page 37.

id. — Gaz. hebd. 1878. n° 12.

ANDREWS. — Brit. méd. jour. 15 Décembre 1883.

ARLT. — Arch. f. Ophth. Berlin 1863, T. IX, Abth. I, page 64.

id. — Graefe et Sæmisch III, page 498.

BADAL. — Gazette des hôpitaux n° 120, 1876.

id. — Archives d'ophtalm. 1885, page 386.

BERNARD. — Cautérisation avec ablation de la glande lacrymale. Paris, in-8. 1845, page 44.

BERLIN. — Klin. m. b. l. 1868, page 267.

id. — Congrès Ophtalmologiques d'Heidelberg 1868,

An. d'oculist, 1869. Janv. et Févr., page 67.

BOWMAN. — Médico-Chirurgicals transactions. volume
XXXIV, page 346.

CHEVALLEREAU. — Société française d'Ophtalmologie,
page 24, 1891.

CRITCHETT. — Leçons sur les maladies de l'appareil
lacrymal (an. d'oculist. T. I, page 92.

id. — Ophtalm. hosp. Keperets, V. I, page 103.

De WEKER et MASSELON. — Traité des maladies des
yeux, page 883.

id. Arch. d'ophtalm. 1891, page 492.

DESMARRES. — Traité des mal. des yeux. T. I, pages
293 et 339.

DESPAGNET. — Soc. fr. d'opht. 1891, page 39.

DENONVILLERS et GOSSELIN. — Compendium de Chi-
rurgie, T. III. page 178.

DIXON. — Méd. Times and. Gaz., 28 Juillet 1860.

FONTAN. — Mécanisme de l'Emphysème Orbito-palpébral,
Recueil d'Opht. Septembre 1884.

FRANKEL. — In Ziemsens Hern. dt. d. spec. Path. therap.
IV, page 27.

GUAITA. — Clin Ocul della regia univers di siena.
Pavie. 1891.

GALEZOWSKI. — Traité des maladies des yeux, p. 449.

GRAEFE. — Doppelter Thränenpunkt, arch. f. ophtal.,
B. d. I. Abth. I, page 288.

LAGNEAU. — Arch. gen. médic., page 536, 1857.

MAZEÏ. — Ann. di attalm. III, page 444, 1873.

PANAS. — Traité des maladies des yeux, T. II. p. 338.

RICHE. — Anat. Médico-Chirurgie. page 357, 1860.

RIDER. — Arch. of. opht. New-York, XIII, p. 264, 1884.

ROBIN Ch. — Mémoires de la soc. de Biol, 1859,
page 442 et Traité du Microscope et
des Injections, 2^{me} édition, Paris 1877.

SCHREÏDER. — Jahresb. f. Ophtalm. page 484. 1885.

STRATFELD. — Opération for the recovery of on obli-
terated punctums. Ophth. hosp.
reports 1886. T. III, page 4.

TENON. — Mémoires et observations sur l'anatomie, la
path. et la chirurgie, T. I. page 204.
Paris, 1806.

TILLAUX. — Chirurgie Clinique, T. I, page 234.

TROUSSEAU. — Société française d'opht., 1891. page 46.

TERSON DE TOULOUSE. — Société fr. d'oph. 1891. p. 3.

TERSON. — Thèse 1892.

TEALE. — Med. Times and. Gaz. 7 Janvier 1853.

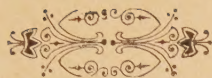
VAILLEMIER. — De l'inflammation des conduits lacrymaux
Gaz. heb. 1855.

WALTON. — Traitement de la déviation des conduits
lacrymaux (med. Times and. Gaz. 1853).

VELPEAU. — Manuel pratique des maladies des yeux,
page 550. Paris 1840.

WEBER. — Arch. f. ophtalm, T. VIII, abath. I, page 107,
1860.

ZCHENDER. — Atrésie der Thränenpunkt. (klinische
monatsbl. T. IV, page 131.



Vu par le Président de la Thèse.

LE DENTU.

Vu par le Doyen.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.



